

Doentes com PHDA não tratados apresentam, comparativamente à população geral, um risco acrescido de abuso e dependência de substâncias, acidentes, criminalidade, baixo desempenho académico e profissional, rejeição social por pares e conflitos familiares.¹²⁻¹⁵ Além disso, estes doentes apresentam um risco aumentado de obesidade, suicídio e morte prematura.¹⁶ Apesar do profundo impacto funcional, psicossocial e económico, menos de 20% dos adultos com PHDA são corretamente diagnosticados e tratados.¹⁷⁻¹⁹ O subdiagnóstico, e conseqüentemente subtratamento, resultam sobretudo da existência de sintomas sobreponíveis entre PHDA e outras perturbações psiquiátricas, bem como da ocorrência frequente de comorbilidades e preconceitos sobre esta condição.¹⁸ O reconhecimento precoce pelos profissionais de saúde e o tratamento eficaz da PHDA no adulto, e das suas complicações, são cruciais para alterar o curso natural desta perturbação e diminuir a probabilidade de surgimento de comorbilidades no decorrer da vida adulta. Desta forma será possível minimizar o risco e sofrimento destes doentes.

Neste sentido, seis psiquiatras portugueses com vasta experiência na gestão da PHDA no adulto tiveram um conjunto de reuniões de peritos, com o intuito de elaborar um documento orientador das estratégias de diagnóstico e tratamento nesta condição, abordando as principais barreiras encontradas no acompanhamento destes doentes no contexto português. Este documento, baseado na evidência científica e na experiência clínica dos peritos, pretende informar sobre as práticas de referência, capacitando a comunidade médica para a gestão da PHDA no adulto, de forma a melhorar o acompanhamento e a qualidade de vida destes doentes.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO DA PHDA NO ADULTO

À semelhança da idade pediátrica, o núcleo sintomático central da PHDA inclui sintomas de desatenção, de hiperatividade e impulsividade. No entanto, a sua expressão fenotípica varia ao longo do desenvolvimento e envelhecimento da pessoa, numa interação complexa com fatores sociais e contextuais. Na idade adulta, os sintomas de hiperatividade tendem a diminuir de intensidade, evidenciando-se a predominância da apresentação desatenta no quadro clínico.²⁰ As queixas comuns destes doentes incluem inquietação (mental e interior), dificuldades atencionais e mnésicas, dificuldades na gestão do tempo, das atividades e das rotinas, procrastinação – cujos impactos combinados frequentemente resultam em baixa autoestima, autoeficácia comprometida e oscilações emocionais acentuadas.

As origens mais comuns para a consulta de PHDA, de acordo com os peritos, estão sumariadas na Fig. 1. Em contexto hospitalar, uma proporção significativa de doentes

com PHDA realiza uma transição direta, provenientes dos serviços de pedopsiquiatria, ou de neuropediatria e de pediatria de desenvolvimento, quando atingem os 18 anos de idade. Estes doentes podem ter uma apresentação clínica mais grave e um maior risco de comorbilidades (com outros quadros do neurodesenvolvimento, por exemplo). No entanto, um grande número destes doentes não transita na consulta após atingir a maioridade.²¹ Outro grupo de doentes é constituído por adultos que podem ser autorreferenciados, ou, nos cuidados de saúde primários, referenciados através do médico de medicina geral e familiar, por apresentarem sintomas que afetam o seu desempenho académico ou laboral, e sobre os quais recai uma suspeita de PHDA. Outro grupo comum é composto por doentes cujos familiares de primeiro grau ou pessoas próximas receberam o diagnóstico de PHDA e, ao verem confirmados os seus próprios sintomas, procuram também uma avaliação formal.

Estabelecimento de diagnóstico de PHDA em adultos

Atualmente, diversas normas de orientação clínica internacionais disponibilizam orientações detalhadas sobre os métodos de diagnóstico da PHDA em adultos.²²⁻²⁵ De forma consensual, a melhor estratégia diagnóstica de PHDA no adulto é a entrevista clínica minuciosa, que permite averiguar a existência de sinais e sintomas de disfunção desde a infância, com uma avaliação da disfunção e impacto provocados por estes sintomas, nos diferentes domínios da vida do doente. Estes sinais devem ser pesquisados retrospectivamente e identificada a sua presença antes dos 12 anos de idade, e são espelhados nos critérios constantes no “Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais” (DSM-5).²⁶ Contudo, estes critérios são, por vezes, considerados insuficientes, e a divisão em apenas duas dimensões sintomáticas (défice de atenção e hiperatividade/impulsividade) merece ser revista. Considera-se atualmente que a impulsividade e hiperatividade constituem dimensões sintomáticas distintas, e é cada vez mais consensual que deverá ser considerada uma quarta dimensão – a desregulação emocional – como fazendo parte do núcleo sintomático da PHDA, e não tanto uma comorbilidade associada.²⁵ É também essencial considerar o impacto combinado dos sintomas, mesmo que o indivíduo não preencha a totalidade dos critérios de diagnóstico do DSM-5.²⁶ Isto é particularmente importante em doentes com quadros clínicos atípicos ou com comorbilidades (como a perturbação de desenvolvimento intelectual, ou a perturbação do espectro do autismo) que possam dificultar a avaliação sintomática. A utilização da entrevista semiestruturada *Diagnostic Interview for ADHD in Adults* (DIVA; versão em português de Portugal disponível em: <http://www.divacenter.eu>) na entrevista clínica é de

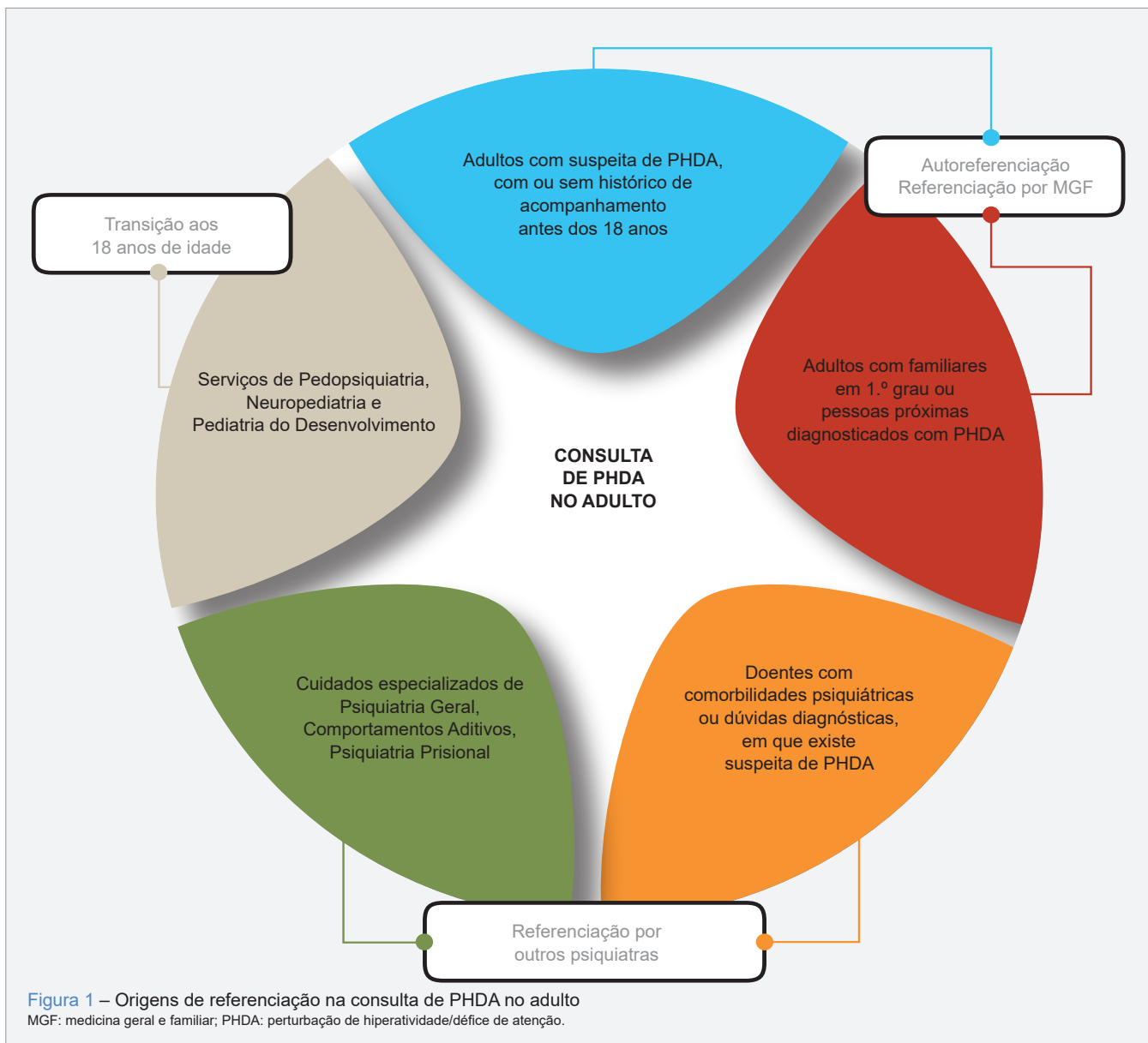


Figura 1 – Origens de referência na consulta de PHDA no adulto
 MGF: medicina geral e familiar; PHDA: perturbação de hiperatividade/déficite de atenção.

grande utilidade,²⁷ já que fornece aos psiquiatras uma estrutura padronizada para avaliação sintomatológica e aos doentes fornece exemplos práticos para reflexão sobre a presença da perturbação na infância e vida adulta. Outro exemplo de entrevista semiestruturada é a *ADHD Child Evaluation (ACE/ACE+/ACEv.2;* versão em português do Brasil disponível em: <https://www.psychology-services.uk.com/adhd>), que embora mais pormenorizada na avaliação de aspetos da infância e adolescência, não se encontra atualmente validada em português de Portugal. Existem também disponíveis escalas de (auto)avaliação sintomática e rastreio de PHDA em indivíduos adultos^{28,29} – contudo, os peritos salientam que a sua utilização deverá ser cautelosa e sempre complementada com uma

entrevista clínica para garantir um diagnóstico preciso. É crucial investigar a presença de sintomas na infância, a persistência dos mesmos e a sua manifestação em diversos contextos sociais e de funcionamento individual na vida adulta (Tabela 1). Além da pesquisa específica dos sintomas da PHDA, também é importante investigar outros sinais e sintomas frequentemente associados, como labilidade do humor, alterações na regulação emocional, alterações no comportamento alimentar e desregulação do ciclo de sono-vigília, bem como baixa tolerância à frustração e a presença de comorbilidades psiquiátricas. Os possíveis vieses de memória, comprometimento da memória dos factos e a grande capacidade de adaptação e compensação destes doentes podem comprometer o rigor da informação

Tabela 1 – Principais *red flags* para a suspeição do diagnóstico de PHDA no adulto

Perturbação de uso de substâncias, refratária a várias intervenções médicas e psicológicas.
Perturbações depressivas e perturbações ansiosas, resistentes a várias intervenções psicofarmacológicas, psicoterapêuticas ou neuromodulação.
Sintomas cognitivos persistentes, eventualmente sem tradução em avaliação neuropsicológica formal, e não explicados por outra doença neurológica (ex., perturbação neurocognitiva <i>minor</i> , esclerose múltipla) ou perturbação mental (ex., depressão).
Quadro psicopatológico atípico, na presença de alterações no período do neurodesenvolvimento e/ou história familiar em 1º grau de perturbações do neurodesenvolvimento.
Padrão de instabilidade académico e/ou laboral.
Personalidade caracterizada por um evitamento do tédio e desinteresse por tarefas repetitivas, e por uma busca pela novidade (<i>novelty-seeking</i>).
Dificuldades nas atividades de condução, traduzida em vários acidentes de viação, ou multas frequentes.
Padrão de instabilidade nos relacionamentos amorosos, de difícil enquadramento na personalidade do indivíduo.
Perturbação do desempenho pessoal (noção de uma dissociação entre o potencial subjetivo da pessoa e a sua realização no concreto).
Respostas paradoxais à cafeína e a drogas recreativas com propriedades estimulantes.
Padrão de violência interpessoal, predominantemente em contexto impulsivo, e histórico de delitos.

recolhida durante a entrevista clínica. Deste modo, deverá ser considerada a hétero-anamnese com um familiar ou elemento próximo. Esta validação permite também diminuir o risco de simulação.^{30,31} Em alguns casos, a avaliação neuropsicológica pode ser útil, nomeadamente nos adultos com défice cognitivo ou dificuldades de aprendizagem.³²

Comorbilidades enquanto fatores confundidores do diagnóstico

A PHDA em adultos está frequentemente associada à presença de comorbilidades, o que dificulta o seu reconhecimento e diagnóstico. Até 80% dos adultos com PHDA apresentam pelo menos uma comorbilidade psiquiátrica,^{33,34} que pode incluir perturbações de ansiedade (34%), perturbações do humor (22%), perturbações da personalidade (15%) e perturbações de uso de substâncias (11%).³⁵ Os autores consideram fundamental identificar e gerir eficazmente as comorbilidades (ex., perturbações do humor, ansiedade, alimentares, do sono, somáticas e por uso de substâncias, além de perturbações da personalidade, tiques e do espectro do autismo).

A questão do subdiagnóstico pode ser particularmente premente nas mulheres adultas com PHDA. Nestes casos, o quadro clínico pode cursar com um predomínio de sintomas atencionais e emocionais, numa apresentação que é, fundamentalmente, sentida pela própria, bem como estarem presentes comorbilidades com perturbações depressivas e ansiosas, que podem confundir-se com outros quadros psiquiátricos e dificultar ou atrasar o diagnóstico.³⁶ Dado que os doentes adultos com PHDA apresentam fre-

quentemente uma baixa autoestima, humor deprimido, labilidade emocional e irritabilidade, estes sintomas são muitas vezes confundidos com distímia, ciclotímia, perturbação afetiva bipolar e perturbação de personalidade *borderline*. As flutuações diárias de humor podem ser comuns em alguns doentes com PHDA, surgindo tipicamente com um desencadeante identificável e representar uma desregulação emocional, em oposição a períodos mais longos de variação de humor, com episódios depressivos ou hipomaniacos/maníacos sem desencadeante evidente, habitualmente presentes nos doentes do espectro bipolar. A PHDA e a perturbação de personalidade *borderline* podem partilhar sintomas de impulsividade, instabilidade do humor, explosões de raiva e sentimentos de tédio. No entanto, no adulto com PHDA, por oposição ao doente com perturbação de personalidade *borderline*, a impulsividade e a raiva são, caracteristicamente, passageiras e impulsivas em vez de direcionadas, e os conflitos nos relacionamentos, ideação suicida, automutilação, perturbações da identidade e sentimentos de abandono geralmente menos intensos. Outra condição clínica que poderá confundir-se ou sobrepor-se à PHDA no adulto é a perturbação obsessiva-compulsiva, pela possível existência de comportamentos repetitivos compensatórios (desenvolvidos pelos doentes para fazer face às dificuldades atencionais), que deverão ser distinguidos de rituais compulsivos.

Além das comorbilidades psiquiátricas, deverão ser também avaliadas as comorbilidades físicas, nomeadamente a síndrome metabólica, obesidade e doenças cardiovasculares – dada a ligação conhecida entre a PHDA e

Tabela 2 – Principais barreiras e desafios ao diagnóstico da PHDA no adulto

O estigma e o desconhecimento que rodeiam a PHDA no adulto, dada a insuficiente literacia na sociedade e a falta de formação especializada nos profissionais de saúde.

A ausência de uma história clínica completa do indivíduo nos diferentes domínios da sua vida, desde a infância até à vida adulta, assim como da história familiar.

Dificuldade no acesso a consultas especializadas nos serviços de saúde públicos.

Os custos elevados associados ao acompanhamento nos serviços de saúde privados.

Baixa sensibilidade da comunidade médica, especialmente entre os médicos de medicina geral e familiar e os psiquiatras de adultos, para o diagnóstico e tratamento adequados.

A presença de 'comorbilidades' que muitas vezes são consequências do impacto funcional da PHDA e cuja apresentação é muitas vezes priorizada pelos profissionais de saúde, em detrimento da própria PHDA.

Insuficiente consciencialização e formação adequada dos cuidados primários de saúde para identificação e referenciação de padrões familiares de PHDA.

O desenvolvimento de estratégias compensatórias pelos doentes adultos para lidar com os sintomas presentes desde a infância e adolescência.

estas condições.³⁷ A despistagem de alergias/asma, doenças autoimunes, apneia do sono, e a avaliação basal do peso corporal, tensão arterial e da função cardíaca constituem uma mais-valia adicional, também em termos de efeitos de monitorização da tolerabilidade e segurança do tratamento farmacológico.

Principais barreiras e desafios ao diagnóstico identificados pelos peritos

Apesar do crescente reconhecimento desta perturbação, a PHDA continua a ser amplamente subvalorizada e subdiagnosticada – na Tabela 2 encontram-se elencadas as principais barreiras e desafios ao diagnóstico desta condição encontradas na prática clínica dos autores.

GESTÃO DA PHDA NO ADULTO

O tratamento da PHDA no adulto envolve uma abordagem multifacetada, englobando diversas modalidades terapêuticas.¹⁴ As intervenções terapêuticas abrangem abordagens psicoterapêuticas, nas quais se destacam as terapias comportamentais e cognitivas, e abordagens psicossociais e ocupacionais. No entanto, a primeira linha de tratamento, amplamente reconhecida pela sua eficácia, é o tratamento farmacológico.

A seleção do tratamento para estes doentes deve ser informada, em primeiro lugar, pela eficácia em termos de resultados funcionais, que incluem a redução dos sintomas e a melhoria do funcionamento diário, das relações interpessoais e da qualidade de vida. Independentemente da estratégia terapêutica escolhida, os seus objetivos deverão ser sempre alinhados às expectativas do doente e deverão priorizar as principais áreas de disfunção ou de impacto dos sintomas reportados (Fig. 2). É de realçar o efeito benéfico lato da terapêutica farmacológica em sintomas não percecionados nem reportados pelo doente, causando uma

melhoria do bem-estar do doente de forma global em diferentes domínios da vida.

As opções terapêuticas farmacológicas atualmente disponíveis para o tratamento da PHDA em adultos englobam os psicoestimulantes, como o metilfenidato e as anfetaminas, geralmente prescritos como primeira linha devido à sua eficácia, tolerabilidade e segurança,²² e os não-psicoestimulantes, como a atomoxetina e os agonistas $\alpha 2$ (Tabela 3). Entre os fármacos psicoestimulantes, as anfetaminas têm sido uma escolha preferida tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos próprios doentes, devido à sua eficácia superior no controlo dos sintomas comparativamente ao metilfenidato e com semelhante tolerabilidade, conforme reportado em duas recentes meta-análises.^{38,39} Devido à sua eficácia reconhecida, as anfetaminas são atualmente consideradas a primeira escolha de tratamento pelo “Consenso Europeu para o Diagnóstico de Tratamento da PHDA no Adulto”.²⁵

Antes de iniciar o tratamento farmacológico, é importante debater com cada doente os benefícios e efeitos adversos das opções disponíveis, importância dos hábitos saudáveis (ex. exercício físico), presença de outros sintomas

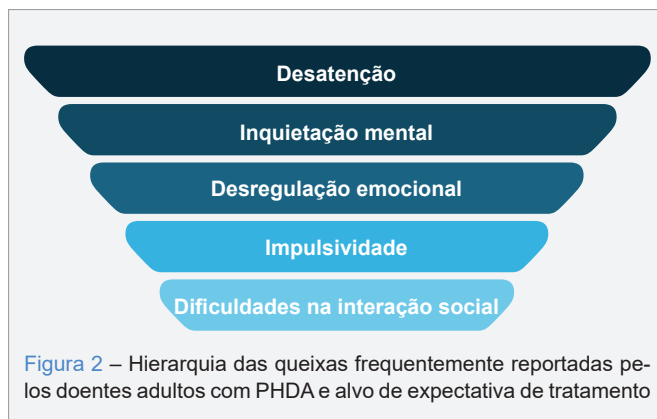


Tabela 3 – Estratégias farmacológicas disponíveis em Portugal para a PHDA, de acordo com a experiência clínica dos autores e baseado nas *Maudsley Prescribing Guidelines*⁴⁴

Fármaco	Início da ação	Dose diária inicial mais comum	Dose diária máxima mais comum	Duração do efeito
Dimesilato de lisdexanfetamina	20 - 60 minutos	30 mg	70 mg	Até 14 horas
Metilfenidato longa ação (libertação prolongada)	30 min - 2 horas	18 mg	54 mg	12 horas
Metilfenidato média ação (libertação modificada)	30 - 60 minutos	20 mg	60 mg	8 horas
Metilfenidato curta ação (libertação imediata)	20 - 60 minutos	10 mg x 3	30 mg x 3	4 horas
Atomoxetina	4 - 6 semanas	40 mg	80 mg	Constante após três semanas de estabilização do efeito

ou comorbilidades psiquiátricas, importância da boa gestão e adesão ao tratamento, e avaliação das preferências pessoais e preocupações presentes.²² Os fármacos aprovados para o tratamento da PHDA no adulto apresentam um conjunto diversificado de vantagens e desvantagens, permitindo uma escolha personalizada ao doente. O dimesilato de lisdexanfetamina, geralmente usado como primeira linha, destaca-se pelo seu efeito mais prolongado e menor potencial de abuso em comparação com outras formulações de anfetaminas (não disponíveis em Portugal). As formulações de metilfenidato de longa e média ação (libertação prolongada e modificada, respetivamente) proporcionam efeitos mais prolongados, embora a sua duração de ação seja inferior à jornada diária (particularmente importante no caso dos adultos que necessitam de manter o desempenho no ambiente familiar, após o período laboral). Já o metilfenidato de curta ação (libertação imediata) oferece um início de ação rápido e é útil como coterapia de efeito curto, mas apresenta um potencial de uso abusivo e uma curta duração de efeito. Por fim, a atomoxetina é uma alternativa para doentes que não tolerem psicoestimulantes, mas pode causar efeitos secundários noradrenérgicos que deverão ser devidamente ponderados e é menos eficaz no tratamento dos sintomas.

Os médicos que iniciem tratamento farmacológico para PHDA deverão estar familiarizados com os perfis farmacocinéticos das diversas formulações disponíveis de psicoestimulantes, adequando a sua escolha às necessidades individuais do doente adulto (ex., situações de gestão familiar complexa, com dupla jornada, após um dia de trabalho; estudantes em regime pós-laboral com empregos em regime integral, com necessárias exigências de tratamento muito prolongado, salvaguardando o tempo devido para o adormecer sem insónia por eventual iatrogenia).²² Ao prescrever psicoestimulantes deverá ser privilegiada a utilização de formulações de libertação prolongada, de administração única diária, devido ao seu perfil farmacocinético favorável, a sua conveniência, melhor adesão, redução do estigma

(ao evitar administrações constantes no contexto profissional ou de ensino) e menor risco de abuso (ex., para desempenho cognitivo, supressão de apetite ou uso recreativo) comparativamente às preparações de libertação imediata. As formulações de libertação imediata podem ser apropriadas se forem necessários regimes posológicos mais flexíveis, ou durante a titulação inicial para determinar os níveis de dosagem corretos. A titulação da dosagem deverá ser feita de forma gradual, sob acompanhamento frequente, sobretudo se existirem comorbilidades associadas, quer psiquiátricas (ex., perturbações de ansiedade, do humor, ou psicóticas, entre outras), quer físicas (ex., doença cardíaca, epilepsia ou história de traumatismo crânio-encefálico).²² Adicionalmente, na gestão farmacológica da PHDA por períodos de tempo prolongados (mais de 12 meses) poderão ser considerados períodos experimentais sem medicação, de forma ponderada e adaptada ao contexto do doente, para avaliação do seu funcionamento sem farmacoterapia (de preferência durante os períodos de férias escolares ou laborais).

Estratégias não-farmacológicas para gestão da PHDA no adulto

As estratégias não-farmacológicas desempenham um papel fundamental e complementar ao tratamento farmacológico da PHDA, e deverão ser consideradas por todos os profissionais de saúde. A psicoterapia focada no treino de competências, realizada individualmente ou em grupo, tem como objetivo fornecer o suporte necessário para que o doente possa reconhecer e enfrentar os desafios do dia-a-dia. É crucial que o doente aprenda a estabelecer objetivos realistas, definir prioridades, gerir o tempo e o dinheiro, encontrar soluções para os problemas e adotar comportamentos adaptativos. Planear, agendar, criar rotinas, filtrar estímulos externos e usar auxiliares de memória são métodos eficazes para lidar com os problemas de desatenção, desorganização e impulsividade. Além disso, fornecer dicas práticas, fazer acordos, apresentar modificações

necessárias e promover a autodisciplina e resiliência são medidas importantes no acompanhamento clínico destes doentes. Outras estratégias envolvem intervenções psicoterapêuticas focadas nos sintomas básicos da PHDA e as suas consequências, de forma a aumentar e fortalecer o autocontrolo do doente e a alterar padrões comportamentais e de pensamento, característicos da doença.

O uso exclusivo destas estratégias não-farmacológicas pode ser considerado em adultos com PHDA que: i) escolham de forma informada não iniciar medicação; ii) mostrem dificuldades na adesão à medicação; iii) consideram a medicação ineficiente ou intolerável.²² A opção por tratamento não-farmacológico reforça a necessidade de acompanhamento regular e intervenção psicológica orientada para a PHDA, idealmente estruturada e de base cognitivo-comportamental.²² Porém, estas abordagens não farmacológicas, quando combinadas com o tratamento farmacológico adequado, podem oferecer uma abordagem integrada e abrangente para a gestão da PHDA em adultos, contribuindo para uma melhoria significativa na qualidade de vida e funcionalidade.

Tratamento da PHDA na presença de comorbilidades

O estabelecimento do plano terapêutico deve considerar tanto a PHDA quanto as possíveis perturbações comórbidas, sendo determinado essencialmente pela gravidade e natureza das diversas condições. A hierarquia de tratamento deverá priorizar as comorbilidades com sintomatologia transitória com potencial de recuperação, e os quadros psicóticos ou afetivos graves que causem elevada disfunção.

A PHDA representa um fator de risco significativo para o abuso de substâncias psicoativas na vida adulta como forma de automedicação, dado o potencial que poderão ter para aliviar sintomas como a agitação, desatenção e os distúrbios do sono associados à inquietação mental, mas também pelo funcionamento do circuito da recompensa decorrente da disfunção dopaminérgica. Neste contexto, o tratamento da PHDA pode ativamente contribuir para a redução dos consumos e para a diminuição da impulsividade, potenciando a manutenção da abstinência. Contudo, a con-

trovérsia em relação ao uso de psicoestimulantes em indivíduos com histórico de consumo de substâncias (sobretudo cocaína ou anfetaminas) persiste, com alguns profissionais a defenderem o adiamento do início do tratamento da PHDA com psicoestimulantes, e início somente após um período de abstinência de várias semanas. Porém, a PHDA não tratada é *per se* um fator de risco conhecido para recaída no uso de substâncias, tendo um impacto negativo na adesão ao tratamento. Consequentemente, a abstinência de substâncias pode ser um objetivo irrealista de alcançar no caso de indivíduos com sintomatologia acentuada de PHDA. Torna-se assim crucial procurar a motivação nestes doentes, e envolvê-los em programas de tratamento integrados, nos quais o tratamento da PHDA surge como o objetivo primordial, juntamente com estratégias específicas para a perturbação por uso de substâncias. Estes doentes beneficiam particularmente de formulações de ação prolongada (como a lisdexanfetamina, o metilfenidato de libertação modificada/prolongada e, eventualmente, a atomoxetina), sendo necessário particular atenção do profissional de saúde para sinais de abuso, como faltar a consultas, solicitar doses mais altas ou mais prescrições.

Tratamento subótimo da PHDA no adulto: preocupações e barreiras

O subtratamento da PHDA em adultos é uma preocupação significativa, pelo aumento do risco de lesões acidentais, insucesso pessoal, académico e laboral, comportamentos sexuais de risco, acidentes de viação, criminalidade, consumo de substâncias e suicídio, com tradução em taxas aumentadas de morte prematura.^{40,41} O subtratamento desta condição resulta de uma variedade de motivos, compilados na Tabela 4, que coocorrem, em muitos dos casos, colocando os doentes em particular risco e sofrimento. O receio e desconhecimento por parte dos profissionais de saúde em lidar com estes doentes e a sua abordagem farmacológica é um fator crítico, que exige uma abordagem educacional reforçada.²¹ O preconceito errado do risco aumentado de mortalidade com o uso de psicoestimulantes nestes doentes, apesar da sua comprovada segurança,⁴²

Tabela 4 – Principais razões para o tratamento subótimo da PHDA no adulto em Portugal

Receios, dificuldades e carência de formação especializada por parte dos clínicos, sobre os mecanismos de ação, eficácia e segurança, tempos de ação e os modos de atingir as doses terapêuticas dos psicoestimulantes necessárias para estabilizar o doente, resultando em doses insuficientes.

Adesão irregular ao tratamento psicofarmacológico, frequentemente motivada por estigma e receio de dependência.

Escolha inadequada do fármaco, que pode não estar adaptado ao doente e ao seu contexto.

Escassez de profissionais especializados e de consultas especializadas no Serviço Nacional de Saúde.

Ausência de equipas multidisciplinares e de protocolos de transição da consulta de pediatria do desenvolvimento/pedopsiquiatria, na maioria dos serviços de psiquiatria.

também é uma preocupação que os profissionais de saúde referem. O sucesso do tratamento é impactado pelas próprias questões organizacionais dos cuidados de saúde em Portugal, dada a ausência de consultas especializadas e equipas multidisciplinares para o acompanhamento destes doentes em primeira consulta ou em transição.²¹

Transição do tratamento da PHDA da criança para o adulto

Apesar da clara necessidade de acompanhamento contínuo dos doentes com PHDA durante a transição da idade pediátrica para a adulta, e da necessidade frequente de manter tratamento farmacológico, é evidente que a transição dos serviços de pediatria do desenvolvimento/pedopsiquiatria para os serviços de saúde mental no adulto é ainda muito limitada em Portugal. Esta observação é corroborada pelo estudo nacional de Costa Alves *et al*, que revelou que apenas 4,8% das transferências para a consulta de psiquiatria de adultos era realizada com uma consulta de transição na presença de pediatra do desenvolvimento/pedopsiquiatra e psiquiatra.²¹

A Norma de 2019 da Direção-Geral da Saúde “Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto” preconiza a elaboração de protocolos de articulação entre as consultas de especialidade/subespecialidade hospitalar de pe-

diatria do desenvolvimento/pedopsiquiatria e de psiquiatria de adultos, bem como a formação de equipas multidisciplinares.⁴³ Estas medidas visam oferecer apoio durante a transição para a vida adulta e o seguimento em consulta de especialidade hospitalar para adultos. No entanto, tal como demonstrado por Costa Alves *et al*, a falta de formação especializada nesta área dos profissionais de saúde envolvidos e a ausência de equipas multidisciplinares especializadas são evidentes, promovendo o hiato terapêutico e dificultando a transição de cuidados de saúde.²¹ Neste sentido, este documento procura fomentar a discussão de abordagens de natureza formativa especializada para os profissionais de saúde, e de natureza organizacional para que sejam implementadas eficazmente consultas especializadas e equipas capazes de apoiar o doente na transição para a idade adulta.

CONCLUSÃO

A PHDA no adulto é frequentemente subdiagnosticada e subtratada, o que pode provocar um impacto considerável na qualidade de vida dos doentes. A falta de diagnóstico e tratamento adequado resulta em dificuldades significativas em várias áreas da vida, incluindo o desempenho profissional, académico e nas relações interpessoais. Este documento de posicionamento, elaborado por peritos portugueses em PHDA no adulto, surge para abordar e tentar

Tabela 5 – Sumário das recomendações dos Peritos portugueses para ultrapassar as principais barreiras e limitações na gestão da PHDA no adulto

Organização dos serviços de saúde: cuidados de saúde primários
Desenvolver programas de formação contínua e especializada para médicos de medicina geral e familiar e psiquiatras de adultos sobre diagnóstico e tratamento da PHDA.
Distribuição e incentivo de utilização de instrumentos de <i>screening</i> (como a escala de autoavaliação ASRS) nos cuidados de saúde primários.
Organização dos serviços de saúde: cuidados especializados
Melhorar o acesso a consultas especializadas, aumentando a disponibilidade de profissionais treinados em PHDA.
Estabelecer equipas multidisciplinares e desenvolver protocolos de transição da consulta de pediatria do desenvolvimento/pedopsiquiatria para a psiquiatria de adultos.
Treinar profissionais de saúde para reconhecer e tratar a PHDA como a condição subjacente, diferenciando-a de comorbilidades que são consequências do impacto funcional da PHDA.
Diagnóstico da PHDA
Aumentar a literacia da sociedade através de campanhas de sensibilização e educação sobre PHDA no adulto.
Promover a recolha de uma história clínica detalhada, de forma estruturada, abrangendo todos os domínios da vida do indivíduo desde a infância, assim como o histórico familiar.
Tratamento da PHDA
Abordar o estigma e receios de dependência da medicação estimulante, educando os doentes sobre a importância da adesão regular ao tratamento e os benefícios da medicação adequada.
Assegurar que a escolha do fármaco é adaptada ao doente e ao seu contexto, numa decisão clínica partilhada.
Abordar de forma personalizada e integrada as comorbilidades psiquiátricas e médicas, associadas à PHDA.

ASRS: *Adult ADHD Self-Report Scale*⁴⁸

ultrapassar algumas destas barreiras e problemas na gestão destes doentes no contexto nacional (Tabela 5). É essencial reconhecer a importância de um diagnóstico preciso e de um tratamento abrangente, que inclua tanto abordagens farmacológicas quanto não farmacológicas, para melhorar a funcionalidade e o bem-estar geral destes doentes. Somente através de uma maior sensibilização e formação dos profissionais de saúde, bem como da implementação de estratégias eficazes de transição dos cuidados pediátricos para os adultos, será possível minimizar o impacto negativo desta perturbação e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes com PHDA.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à BIAL – Portela & Ca, S.A. pelo suporte na redação do manuscrito e processo editorial providenciados pela Evidenze Portugal, Lda.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

NM, GF, GJ, JMF, SSA: Conceção, escrita e revisão crítica do manuscrito.

CNF: Supervisão, conceção, escrita e revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

NM desempenhou atividade de consultoria para a BIAL, Janssen, Lundbeck e Rovi; desempenhou atividade como palestrante para a Janssen, Lundbeck, Rovi e Tecnifar.

REFERÊNCIAS

- Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*. 2017;17:302.
- Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of dsm-iv adult adhd in the world health organization world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9:47-65.
- Almeida J, Xavier M, Cardoso G, Gonçalves Pereira M, Gusmão R, Barahona Correa B, et al. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. 1.º Relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 2013.
- Kranz TM, Grimm O. Update on genetics of attention deficit/hyperactivity disorder: current status 2023. *Curr Opin Psychiatry*. 2023;36:257-62.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36:159-65.
- Caye A, Rocha TB, Anselmi L, Murray J, Menezes AM, Barros FC, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:705-12.
- Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is adult adhd a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2015;172:967-77.
- Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:713-20.
- Sibley MH, Arnold LE, Swanson JM, Hechtman LT, Kennedy TM, Owens E, et al. Variable patterns of remission from adhd in the multimodal treatment study of adhd. *Am J Psychiatry*. 2022;179:142-51.
- Bohmwald K, Andrade CA, Galvez NM, Mora VP, Munoz JT, Kalergis AM. The causes and long-term consequences of viral encephalitis. *Review. Front Cell Neurosci*. 2021;15:755875.
- Adeyemo BO, Biederman J, Zafonte R, Kagan E, Spencer TJ, Uchida M, et al. Mild traumatic brain injury and adhd: a systematic review of the literature and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2014;18:576-84.
- Dobrosavljevic M, Larsson H, Cortese S. The diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in older adults. *Expert Rev Neurother*. 2023;23:883-93.
- Beauchaine TP, Ben-David I, Bos M. ADHD, financial distress, and suicide in adulthood: a population study. *Sci Adv*. 2020;6:eaba1551.
- Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020.
- Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjolander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:319-25.4
- Pozzi M, Bertella S, Gatti E, Peeters G, Carnovale C, Zambrano S, et al. Emerging drugs for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert Opin Emerg Drugs*. 2020;25:395-407.
- Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS*

GF desempenhou atividade de consultoria para a BIAL e Jaba Recordati; desempenhou atividade como palestrante para a Jaba Recordati.

GJ desempenhou atividade de consultoria para a Abbvie, Angelini, AstraZeneca, Bial, Gilead, ITF Pharma, Jaba Recordati, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Novartis, Rovi, Pfizer, Sanofi, Springer Healthcare, Tecnifar e Tecmede.

JMF desempenhou atividade de consultoria para a BIAL, Tecnifar, Laboratórios Atral, Baldacci Portugal e Merck, Sharp & Dohme; recebeu formação remunerada pela Lundbeck Portugal.

SSA participou em congressos e desempenhou atividade como palestrante para a Angelini, AstraZeneca, BIAL, Bristol Meyers Squibb, Grünenthal, Janssen, Krka, Lilly, Lundbeck, MSD, Novartis, Servier, Tecnhipharma; recebeu financiamento para investigação da AstraZeneca; desempenhou atividade de consultoria para a Angelini, BIAL, Janssen, Lundbeck, MSD, Novartis.

CNF desempenhou atividade de consultoria e como palestrante para a Janssen, Novartis e BIAL.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O apoio na redação e edição do manuscrito foi suportado pela BIAL – Portela & Ca, S.A, e providenciado pela Evidenze Portugal, Lda.

A entidade financiadora não exerceu qualquer influência na opinião veiculada pelos Peritos nem na redação do documento.

- Spectr. 2008;13:977-84.
18. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16:PCC.13r01600.
 19. McCarthy S, Wilton L, Murray ML, Hodgkins P, Asherson P, Wong IC. The epidemiology of pharmacologically treated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults in UK primary care. *BMC Pediatr*. 2012;12:78.
 20. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000;157:816-8.
 21. Costa Alves J, Morais S, Ferreira de Macedo A. Consulta de psiquiatria do neurodesenvolvimento: uma análise a nível nacional. *Acta Med Port*. 2023;36:802-10.
 22. National Institute for Health and Care Excellence. Guidelines. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2019. [consultado 2024 jul 09]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>.
 23. Royal College of Psychiatrists. College Report CR235 - ADHD in adults: Good practice guidance. 2023. [consultado 2024 jul 09]. Disponível em: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/cr235-adhd-in-adults---good-practice-guidance.pdf?sfvrsn=7c8cc8e4_12.
 24. Australasian ADHD Professionals Association (AADPA). Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Australia: AADPA; 2022.
 25. Kooij JJ, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balazs J, et al. Updated european consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019;56:14-34.
 26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5™). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
 27. Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Richarte V, Corrales M, Palma F, Ibanez P, et al. Criteria and concurrent validity of diva 2.0: a semi-structured diagnostic interview for adult adhd. *J Atten Disord*. 2019;23:1126-35.
 28. National Comorbidity Survey (NCS). Adult ADHD Self-Report Scales: ASRS. [consultado 2024 out 28]. Disponível em: <https://www.hcp.med.harvard.edu/hcs/asrs.php>.
 29. Bolea-Alamanac B, Nutt DJ, Adamou M, Asherson P, Bazire S, Coghill D, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28:179-203.
 30. Sadek J. Malingering and stimulant medications abuse, misuse and diversion. *Brain Sci*. 2022;12:1004.
 31. Patel GR. Feigning adhd: a necessary exploration of an uncomfortable topic. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists*. 2023;33:61-71.
 32. Fuermaier AB, Fricke JA, de Vries SM, Tucha L, Tucha O. Neuropsychological assessment of adults with ADHD: a delphi consensus study. *Appl Neuropsychol Adult*. 2019;26:340-54.
 33. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, et al. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:371-7.
 34. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psychiatry*. 2006;60:38-43.
 35. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of dsm-iv adult adhd in the world health organization world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9:47-65.
 36. Young S, Adamo N, Asgeirsdottir BB, Branney P, Beckett M, Colley W, et al. Females with ADHD: an expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*. 2020;20:404.
 37. Landau Z, Pinhas-Hamiel O. Attention deficit/hyperactivity, the metabolic syndrome, and type 2 diabetes. *Curr Diab Rep*. 2019;19:46.
 38. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5:727-38.
 39. Stuhec M, Lukic P, Locatelli I. Efficacy, acceptability, and tolerability of lisdexamfetamine, mixed amphetamine salts, methylphenidate, and modafinil in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2019;53:121-33.
 40. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The world federation of adhd international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789-818.
 41. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018;28:1059-88.
 42. Li L, Zhu N, Zhang L, Kuja-Halkola R, D'Onofrio BM, Brikell I, et al. ADHD pharmacotherapy and mortality in individuals with adhd. *JAMA*. 2024;331:850-60.
 43. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 002/2019: abordagem diagnóstica e intervenção na perturbação do espectro do autismo em idade pediátrica e no adulto. Lisboa: DGS; 2019.
 44. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. 14th ed. London: John Wiley & Sons; 2021.